

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques LAURENT

Interne des Hôpitaux de Rouen.

Né le 14 février 1914, à Rouen (Seine-Inférieure).

Contribution à l'Étude
du
Traitement des Abscès du Sein

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques LAURENT

Interne des Hôpitaux de Rouen.

Né le 14 février 1914, à Rouen (Seine-Inférieure).

Contribution à l'Étude

du

Traitement des Abscesses du Sein

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI
 Robert LEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZAR.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAI.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Maurice VILLARET
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT
 N...

HAZARD.
 TOVELACQUI.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) Pathologie médicale
 BEZANÇON
 (Justin) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.

MM.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL ... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES, Patholo-
 gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
GAYET Physiologie.
DE GENNES .. Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULE.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.

METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-KALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555828_0032

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

Faible témoignage de mon affection.

A MA FILLE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE, le Docteur MATHAN

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'Accouchements.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Avec nos sentiments de respectueuse et
profonde gratitude pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine
de Caen.

*Nous avons eu le grand avantage de faire
naguère sa connaissance.*

*La guerre l'a conduit dans les Hôpitaux
Militaires de Rouen.*

*C'est dans ces circonstances qu'il nous a
inspiré ce travail, et continuellement guidé
dans sa rédaction.*

*Qu'il veuille bien accepter ici l'expression
de notre très vive reconnaissance, pour la
bienveillance qu'il nous a toujours témoi-
gnée.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1935. MONSIEUR LE DOCTEUR DEROCQUE

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux.

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR NEE

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen.
Médecin des Hôpitaux.

*Nous lui devons notre premier contact
avec la médecine.*

Nous lui en serons toujours très reconnaissant.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEVE

Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen.
Associé National de l'Académie de Médecine.

*Son brillant enseignement restera pour
nous un souvenir inoubliable.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre profonde gratitude.*

Internat :

1938. MONSIEUR LE DOCTEUR PIERSON

Médecin des Hôpitaux.

*Il nous initia à la pédiatrie. Qu'il trouve
ici l'expression de notre sincère reconnais-
sance.*

1938. MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNOL

Médecin des Hôpitaux.

1939. MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCCQUE

Chirurgien des Hôpitaux.

*C'est dans son service que nous avons
commencé nos études.*

*Nous avons eu l'honneur et la grande
joie de pouvoir y revenir comme interne.*

*Nous lui devons toute notre formation
chirurgicale.*

*Nous le prions de croire à toute notre re-
connaissance et à notre très respectueuse
affection.*

A NOS MAÎTRES INTÉRIMAIRES
DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSAINT

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'apprécier personnellement sa bienveillance et sa haute compétence.

Nous lui en resterons toujours très profondément reconnaissant.

MESSIEURS LES DOCTEURS

CERNE, HECART, THOREL

Chirurgiens des Hôpitaux.

MESSIEURS LES DOCTEURS

FLEURY, POTEZ, BERTRAND, VAUDOUR,
DELAPORTE, STEWART

Médecins des Hôpitaux.

MESSIEURS LES DOCTEURS

JOUSSEAUME et ANDRIEUX

Oto-Rhino-Laryngologistes des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LESSERTISSEUR et DECOULARE DELAFONTAINE

Electro-Radiologistes des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE
Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND
Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DORDAIN
Chef de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen.

*En témoignage de notre gratitude pour
l'enseignement si précieux qu'ils nous ont
prodigué.*

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des abcès du sein, peut, à première vue, paraître un thème banal rebattu et sans grand intérêt : cette affection ne conduit, pour ainsi dire jamais, à des désastres et les nombreux traitements déjà préconisés permettent de mener tôt ou tard la malade à la guérison.

Mais cette guérison est-elle toujours aussi rapide, aussi satisfaisante que possible ? Il serait bien osé de l'affirmer.

Aussi bien, notre but ne sera pas de révolutionner la thérapeutique de ces abcès ; les maîtres émirants qui ont étudié cette question l'ont conduite à un point tel, que seuls peuvent se discuter encore les points de détail.

C'est à l'exposé de quelques-uns de ces points que nous nous bornerons, au cours de cette thèse, et plus spécialement, nous décrirons et discuterons une technique d'incision un peu particulière qui, dans les mains du Docteur BONNET a déjà donné nombre de résultats encourageants.

La série de guérisons rapides et satisfaisantes obtenues par cette méthode, sur les malades que nous avons eu l'occasion de suivre, nous a semblé suffisante pour mériter d'être publiée ainsi que les conclusions que nous pouvons tirer dès maintenant sur les avantages de la technique employée.

CONSIDERATIONS GENERALES

L'abondance même des publications sur le traitement des abcès du sein est le plus sûr garant de l'intérêt que présente ce sujet. Cet intérêt est et restera toujours très grand pour le médecin praticien, étant donné : la fréquence de ces abcès, les nombreux ennuis auxquels ils peuvent donner lieu, l'embarras dans lequel se trouve le thérapeute devant la multiplicité des traitements proposés.

Il est à peine besoin d'insister sur le grand *nombre* des mastites aiguës dans les suites de couches, nous savons que plus de 95 % des mastites sont des mastites de l'allaitement. Nous négligerons donc complètement les très rares mastites des nouveaux-nés et de la puberté.

Le nombre des abcès post partum a d'ailleurs considérablement diminué depuis quelques trente ans : les soins de propreté, la pratique de l'aseptie, ont amélioré dans de larges mesures la proportion de jadis qui était d'environ de 5 abcès du sein pour 100 accouchées.

Ils demeurent néanmoins très fréquents; nous n'en voulons pour preuve que la série des 16 observations que nous avons réunies dans cette thèse. Ces observations consécutives s'échelonnent en effet, de février

à août 1939 et proviennent d'une maternité où cependant, toutes les précautions sont prises pour les éviter; à titre d'exemple, toutes les parturientes ne sont-elles pas tenues de se tremper l'extrémité des doigts dans une solution d'alcool iodé. Or, comme nous le verrons plus loin, les médecins praticiens voient encore plus d'abcès que l'accoucheur des hôpitaux. Ils sont donc monnaie courante en clientèle.

Le cortège *d'ennuis* qu'entraînent ces abcès est d'ailleurs bien fait pour inciter le médecin à ne rien négliger, pour les éviter d'abord, rechercher ensuite le traitement optimum si ses efforts sont restés vains.

Ils sont de divers ordres :

— Obligation de suspendre l'allaitement maternel, ce qui dans certaines circonstances peut être très préjudiciable pour l'enfant.

— Si l'allaitement n'est pas interrompu à temps, possibilité de contaminer le nourrisson et de déterminer chez lui une infection digestive.

— Allaitement très compromis pour l'avenir.

— Possibilité de passage à la suppuration chronique, traînante, interminable.

— Possibilité d'extension aux tissus environnants.

— Gravité d'un état infectieux chez une femme fatiguée par la grossesse et l'accouchement, donc en moindre état de résistance.

Citons encore deux conséquences de ces abcès, si elles ne sont pas à comparer aux précédentes au point de vue strictement médical, n'en sont tout de même pas à dédaigner.

— La douleur vraiment très pénible qu'entraînent ces abcès.

— La déformation et même parfois l'atrophie du sein qu'ils laissent derrière eux.

Enfin, *la multiplicité des traitements* proposés prouve bien que la question n'est pas tranchée, et que l'hésitation du praticien est très compréhensible.

C'est le juste milieu qu'il doit rechercher, entre la large incision assurant évidemment le drainage de l'abcès, mais entraînant des dégâts esthétiques, irréparables et inutiles, et d'autre part, le respect trop jaloux, de cet esthétisme, sacrifiant aux lois élémentaires de la chirurgie; lois qui d'ailleurs prennent bientôt leur revanche et conduisent à des délabrements encore plus considérables que ceux qu'aurait occasionnés un coup de bistouri généreux.

Il faut satisfaire à la fois les deux points de vue, chirurgical et esthétique, donnant le pas au premier, mais sans mépriser le second.

Nous avons l'impression que la technique mise au point par le Docteur BONNET, et que nous décrirons est l'une de celles qui répondent à ces desiderata.

RAPPEL CLINIQUE

Nous ne ferons que rappeler brièvement la symptomatologie bien classique des abcès du sein, nous réservant seulement de revenir dans une deuxième partie de ce chapitre, sur quelques particularités cliniques, qui nous semblent avoir de l'importance.

C'est environ 15 jours, trois semaines, après l'accouchement qu'apparaissent les premiers symptômes permettant de soupçonner le début d'un abcès du sein.

C'est bien souvent la température qui donne l'éveil. Elle monte progressivement, mais d'une façon très modérée pour ne pas dépasser 38°5 dans la règle.

Devant cette lente élévation de la température, survenant à cette date, le médecin doit penser à une menace d'abcès du sein et porter toute son attention de ce côté. Parfois d'ailleurs, la nouvelle accouchée, orientera ses recherches : il lui semble que l'un de ses seins est plus lourd, la tétée de ce côté lui est plus pénible.

Le praticien ne doit pas être surpris du peu d'importance des signes physiques qu'il va trouver à l'examen : la peau est intacte, c'est à peine si dans certains cas, on peut sentir un peu plus de résistance à l'endroit même où la pression provoque une légère douleur.

A moins de lymphangite superficielle, les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés, rappelons-le à cette première phase de l'abcès.

Il va falloir surveiller très attentivement l'évolution de cet abcès. Nous verrons dans la suite que la date d'intervention est capitale et qu'il importe de la déterminer exactement; nous dirons alors sur quel signe, il faut se baser. Disons dès maintenant que lors de l'intervention, seuls, les signes fonctionnels et généraux sont évidents; les signes physiques ne le sont pas : il faut les rechercher.

Si l'abcès est laissé à son propre sort, il va bientôt réaliser le tableau classique que l'on ne devrait plus jamais voir. Une bosselure apparaît, les ganglions axillaires sont pris, la peau rougit et s'annécit, la fluctuation est évidente, bientôt l'abcès se fistulise, et donne issue à un pus bien lié, parfois nauséabond.

Dans certains cas favorables, malheureusement trop rares, la suppuration se tarit assez vite, et la cicatrisation se fait. Mais on conçoit aisément que le résultat laisse beaucoup à désirer.

Plus souvent, les ennuis ne font que commencer avec l'ouverture de l'abcès, que celle-ci soit spontanée ou faite trop tardivement et d'une façon incorrecte :

— Ou bien la suppuration dure des semaines, voire des mois;

— Ou bien, et ceci est presque la règle, les lobes voisins se prennent un à un; le sein que l'on croyait asséché redevient douloureux, une nouvelle bosselure

apparaît : un nouveau lobe est pris, et le nouvel abcès va évoluer comme le premier.

— Ou bien l'inflammation dépasse les limites de la glande et gagne le tissu cellulaire environnant, voire même le tissu rétro-mammaire.

Dans tous les cas, l'abcès pas ou mal traité, réalise une destruction progressive du sein; tant et si bien que, dans quelques cas de mastites diffuses avec foyers nombreux et fistules intarissables, l'amputation a pu devenir nécessaire.

Après avoir brossé rapidement le tableau d'un abcès, arrêtons-nous un instant sur divers points de détail qui nous semblent mériter quelques lignes supplémentaires.

LES ÉPIDÉMIES D'ABCÈS DU SEIN.

Il est intéressant de noter que les complications mammaires éclatent par véritables épidémies. Dans le cas présent, nous avons noté 16 abcès du sein en sept mois, alors que pendant les douze mois de l'année précédente, on n'en avait observé que 7 dans la même maternité.

Nous nous sommes vainement efforcés d'en découvrir la cause, les conditions de recrutement des accouchées, le personnel soignant et les modalités de soins étant restés les mêmes.

Tout se passe comme si, à un moment donné, certains microbes se trouvaient doués d'un tropisme par-

ticulier, sans d'ailleurs qu'on puisse expliquer pourquoi et comment ils ont acquis ce tropisme.

Il se passe en somme quelque chose de très analogue à ce qui se passe dans une autre affection des suites de couches, très rare celle-là : la péritonite puerpérale qui ne se manifeste presque jamais par cas isolé.

LA PARITÉ.

Les abcès du sein surviennent dans 50 % des cas, chez des primipares (11 cas sur nos 16 observations). Ils deviennent de plus en plus rares lors des accouchements suivants pour devenir tout à fait exceptionnels après le quatrième : nous voulons dire par là qu'une femme qui a nourri trois enfants sans faire d'abcès est à peu près sûre de n'en pas faire la quatrième fois. Au contraire, et nous ne devons pas être les seuls à l'avoir remarqué, toute femme qui a fait un abcès après son premier accouchement, a beaucoup de chance d'en faire après les suivants. D'où, nous pouvons conclure que l'existence d'un abcès constitue presque toujours une contre-indication pour l'allaitement dans l'avenir. En tout cas, celui-ci ne pourra être permis à nouveau que sous surveillance précise et devra être suspendu dès la moindre menace.

LA DATE D'APPARITION.

C'est une complication relativement tardive; plus tardive que les complications de la zone utérine.

Elle apparaît presque toujours après la première quinzaine. Ces abcès sont donc relativement rares dans les maternités : Les parturientes y restent en moyenne une douzaine de jours après l'accouchement et ce n'est guère qu'après leur retour chez elles que les premiers signes d'abcès se manifestent. Si nous avons pu observer cette série importante dans la maternité de Bénouville, c'est qu'il s'agit en réalité d'une maison maternelle où les femmes restent 3 mois après l'accouchement.

LA LYMPHANGITE DU SEIN.

Tout abcès n'est pas précédé de lymphangite, toute lymphangite ne se complique pas d'abcès. Mais il est difficile de nier les rapports étroits de ces deux affections qui reconnaissent la même origine : le staphylocoque et qui bien souvent se succèdent. Il importe de bien savoir faire le départ entre les deux.

Voici comment se présentent les choses la plupart du temps : Faisant généralement suite à une crevasse, la lymphangite apparaît vers le 8^e ou 10^e jour. Elle va se révéler par une douleur cuisante au niveau du sein, mais surtout par une brusque élévation de la température à 40°, accompagnée souvent d'un frisson. L'inspection va montré sur le sein une petite plaque rouge filant vers l'aisselle où l'on peut sentir des ganglions : le diagnostic est fait.

Mais parfois, les signes physiques, rougeur et traînée vers l'aisselle n'apparaissent que quelques heures,

voire 24 heures après l'ascension brutale de la température. Le diagnostic de lymphangite est alors très difficile et le frisson fait redouter une complication utérine grave. Au bout de 24 heures, il n'y a plus d'hésitation possible.

« Ce coup de tonnerre » ne doit être également qu'un « feu de paille ». Le traitement très simple par compresses humides doit suffire à faire retomber la température à 37° dans les 24 heures.

Si la courbe thermique ne dessine pas le clocher typique, si la température n'est pas à 37 le lendemain, il faut se méfier : l'abcès est sous roche, nous verrons plus loin la conduite à tenir dans ce cas.

De toute façon, il ne va pas devenir aussitôt évident, et il faut compter sur une phase de latence qui peut durer jusqu'à une semaine pendant laquelle les signes physiques et fonctionnels seront au minimum et la température évoluant légèrement entre 37°5 et 38°.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des abcès du sein est chose trop bien connue, trop bien classée, pour que nous y insistions.

Nous nous bornerons à souligner quelques points particuliers, dont l'intérêt nous paraît capital pour bien saisir les modalités du traitement.

Après la phase de galactophorite, les microbes gagnent le tissu glandulaire lui-même.

Il existe alors un premier stade d'inflammation simple des tissus. À ce stade, vouloir inciser la glande, serait naturellement une profonde erreur qui n'aurait d'autres résultats que de diffuser l'infection aux tissus sains avoisinants, lors des tentatives infructueuses de découverte de la poche de pus inexistante.

A cette 1^{re} phase d'inflammation simple, succède une deuxième de suppuration caractérisée par la constitution d'une poche purulente au centre des tissus infectés.

C'est à ce stade qu'il faut intervenir.

Les caractères de cette poche purulente sont très importants à connaître si l'on veut y opposer un traitement rationnel et efficace.

Cette poche, quelque en soit l'importance unique en principe, présente en réalité, des cloisonnements plus

ou moins complets qui la subdivise en autant de logettes. Et l'on conçoit facilement que le drainage d'une de ces seules logettes soit insuffisant.

Les parois de l'abcès doivent également retenir l'attention. Ces parois sont essentiellement inégales, enfractueuses, présentant des prolongements multiples à trajet non rectiligne avec bas-fonds terminaux, où le pus reste accumulé entretenant la suppuration si ces prolongements fistuleux ne sont pas mis à plat.

Parfois, il existe, même à un phase de début, de véritables abcès en bouton de chemise, constitués par deux poches purulentes reliées par un étroit pertuis.

Ces considérations nous permettent de saisir que la simple incision de l'abcès constitue une thérapeutique nettement insuffisante, exposant à de nombreux échecs. Nous verrons au chapitre « traitement » les conséquences qui en découlent.

Nous ne ferons que mentionner une troisième phase d'abcès fistulisé où le sein tout entier est transformé en une éponge de pus avec parfois même, fusée purulente dans la loge rétro-mammaire. Stade que l'on ne devrait plus jamais observer, et auquel toute tactique chirurgicale employée ne donne que des résultats désastreux au point de vue esthétique.

TRAITEMENT

Celui-ci comporte à notre avis 4 phases :

1° Le traitement prophylactique des complications mammaires de l'allaitement.

2° Le traitement des crevasses et de la lymphangite du sein.

3° L'essai d'un traitement abortif en présence d'une menace précise d'abcès du sein.

4° Le traitement de l'abcès collecté. Nous serons très brefs sur les 3 premières phases, nous réservant d'insister sur la quatrième, c'est-à-dire celle d'abcès collecté.

1° LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES COMPLICATIONS MAMMAIRES DE L'ALLAITEMENT.

Celui-ci nous a réservé bien des déboires.

Les classiques « préparations du bout de sein » avant l'accouchement nous ont paru bien illusoires.

Par contre nous ne saurions trop insister sur la nécessité de soins antiseptiques rigoureux des bouts de sein dès l'accouchement, ainsi que sur la nécessité de ne pas laisser l'enfant téter trop longtemps. Ce sont là des notions bien assises et trop connues pour que nous nous y étendions.

Signalons de plus que toutes les malades, dont nous

publions l'observation ont été soumises dès le début de leur accouchement au traitement sulfamidé. Si celui-ci nous est apparu d'une efficacité indiscutable contre les complications utérines, il nous a paru totalement inactif contre les complications mammaires.

Cet échec du traitement sulfamidé préventif quant aux complications mammaires nous a paru digne d'être signalé.

2° TRAITEMENT DES CREVASSES ET DE LA LYMPHANGITE DU SEIN.

Ce traitement est également trop connu pour que nous y insistions.

Signalons cependant deux points particuliers.

a) Les applications locales de divers sulfamides utilisés en solutions nous ont paru là encore, totalement inefficaces.

b) Nous savons qu'en cas de lymphangite simple, la brusque flambée thermique ne dure que 48 h. au plus. Chaque fois que la température n'est pas revenue complètement à la normale au bout de ce court laps de temps, les pansements humides alcoolisés locaux deviennent insuffisants, et il convient de recourir immédiatement à la médication qui à notre avis est la seule efficace : le propidon.

3° TRAITEMENT EN PRÉSENCE D'UNE MENACE D'ABCÈS DU SEIN.

Répetons que cette éventualité doit être redoutée

chaque fois que la poussée thermique de la lymphangite dépasse une durée de 48 heures.

Ce traitement doit à notre avis consister au minimum en 3 injections sous-cutanées de propidon, une tous les deux jours, aux doses successives de 2, 3 ou 4 cm³.

Vouloir se contenter de moins et ne faire qu'une ou deux injections en se fiant à une amélioration locale ou à une chute momentanée de la température, nous est apparu comme une grosse erreur dont nous avons et surtout avons eu souvent à nous repentir.

Par contre, il nous a semblé totalement inutile de dépasser soit le nombre de 4 ou 5 injections soit la dose de 4 cm³; nous n'en avons jamais retiré aucun bénéfice.

Terminons enfin, sur cette notion bien classique que si le propidon n'empêche pas fatalement l'évolution vers l'abcédation, il localise du moins l'inflammation. Il rend de ce fait d'incontestables services et mérite d'être considéré, avec la suppression d'allaitement comme le traitement de l'abcès du sein à cette phase.

4° TRAITEMENT DE L'ABCÈS COLLECTÉ.

Une fois l'abcès constitué, un traitement et un seul doit, à notre avis, être employé : le traitement chirurgical.

Lequel choisir ?

Passons rapidement en vue quelques-unes des méthodes proposées.

Traitements parachirurgicaux.

a) Les injections de liquide à action chimique (Collargol-Rubiazol).

Elles n'ont pas tenu les promesses qu'on en attendait.

b) Les injections de vaccins, anatoxines, bactériophage.

Les résultats en sont inconstants. Elles ne peuvent pas éviter d'évacuer l'abcès déjà collecté.

Traitements chirurgicaux proprement dits.

a) Ne citons que pour la condamner la simple ponction au bistouri, même si comme BIER le préconisait, elle est suivie d'une évacuation forcée du pus, par ventouses.

b) La ponction complétée par un drainage filiforme a été proposée (CHIPAULT et MOCQUOT). Elle nous a paru dans un certain nombre de cas insuffisante pour vider rapidement et complètement les multiples loges de l'abcès.

c) La méthode des deux drains transfixiants en croix (ADLER) est intéressante. Mais on ne peut manquer de lui reprocher d'être aveugle, de faire passer le trocart en zone saine, de ne faire aucune différence entre l'abcès central profond et l'abcès superficiel périphérique.

d) La grande incision sous-mammaire décrite par BARDENNHEUER et préconisée par LECÈNE est universellement connue et employée.

Elle a des avantages indiscutables :

- c'est une intervention à ciel ouvert;
- le drainage est automatiquement déclive;
- Elle est esthétique.

Elle a néanmoins quelques inconvénients :

— c'est une véritable intervention, exigeant une bonne installation chirurgicale;

— elle oblige quelquefois à traverser une épaisseur importante de tissu sain, par exemple, quand on a affaire à un abcès d'un quadrant supérieur, ou à un abcès superficiel.

A côté de ces méthodes, nous pensons donc qu'il y a place pour celle que nous allons décrire maintenant. Nous la décrirons aussi minutieusement que possible, non pas qu'elle soit compliquée, mais parce que nous estimons que la non-observation d'un détail peut suffire à entraîner un échec.

Date de l'intervention. — Il convient d'inciser l'abcès à un moment donné : ni trop tôt, ni trop tard.

Les inconvénients de l'incision trop tardive tombent sous le sens. On laisse en effet l'abcès se compliquer de fusées purulentes gagnant les lobes glandulaires voisins.

L'abcès ou plus exactement les abcès ne peuvent alors guérir que grâce à de grandes incisions mutilatrices aboutissant à la perte fonctionnelle de la glande et à des résultats esthétiques déplorables.

Devant une telle éventualité la voie d'abord sous-mammaire, avec décollement du sein (BARDENNHEUER) est la seule à retenir.

L'incision trop tardive aboutit donc à un véritable désastre.

Mais l'incision trop précoce présente également de sérieux inconvénients. En effet, si l'on intervient trop tôt, avant la phase d'abcès collecté, alors qu'il n'existe encore que quelques gouttes de pus, la découverte de cette poche minuscule, noyée au centre d'un bloc inflammatoire, est délicate. Au cours de sa recherche on risque de s'égarer en tissu sain et d'ensemencer ce tissu artificiellement, provoquant ainsi une diffusion de l'abcès.

De plus, on risque de respecter et par conséquent de ne pas drainer certaines zones du bloc inflammatoire qui dès ce moment, sont cependant vouées à la suppuration et qui nécessiteront une ou plusieurs interventions ultérieures.

Il faut donc inciser au moment voulu.

Quels sont les signes qui permettront d'affirmer que l'abcès est mûr, bon à ouvrir ?

On ne se basera pas sur la *douleur* essentiellement trompeuse. En effet, la douleur est un signe purement subjectif dont l'intensité échappe complètement à l'appréciation du médecin.

Il est de pratique courante d'observer les malades qui se plaignent de douleurs insupportables, alors que leur abcès ne doit pas être encore ouvert, tandis que les autres, chez lesquels le pus est déjà bien collecté, n'accusent qu'une douleur modérée.

La *température* ne peut pas non plus servir à fixer la date de l'intervention.

Celle-ci, nous l'avons vue, reste d'ailleurs presque toujours modérée, surtout lorsqu'on la compare à la flambée thermique de la lymphangite du sein.

Certes, quelques auteurs ont décrit que, lorsque l'abcès est bien collecté, la température subit une légère baisse momentanée, ce fléchissement précédant lui-même de quelques jours une phase de température hectique avec grandes oscillations.

Mais cette phase de rémission thermique nous est apparue bien incontestante et il est indiscutable qu'il ne faut jamais attendre le stade des oscillations thermiques pour intervenir.

D'autre part, les injections de propidon unanimement utilisées à ce stade, modifient artificiellement et d'une façon très sensible la courbe thermique.

Ainsi donc ni les caractères de la douleur ni ceux de la température ne peuvent décider de la date de l'intervention.

On n'attendra pas, bien entendu non plus, l'apparition d'une tuméfaction du sein avec rougeur de la peau et fluctuation à ce niveau.

Le signe qui à notre avis suffit et commande l'intervention est le suivant : « l'apparition d'un léger œdème cutané laissant un godet à la pression du doigt, godet dont le fond est blanc jaunâtre ».

Ce signe nous apparaît suffisamment fidèle pour fixer à lui seul le moment où l'on doit intervenir. C'est toujours à lui que nous avons eu recours, et nous nous en sommes toujours bien trouvés, jamais à l'intervention, il ne nous a révélé de surprise.

Le choix de l'anesthésie. — L'anesthésie s'impose, comme nous le verrons, pour inciser correctement un abcès du sein.

Quel mode d'anesthésie, doit-on utiliser ?

L'anesthésie locale est à rejeter, et ceci pour les raisons suivantes :

— la novocaïne ou ses dérivés agissent mal sur des tissus inflammatoires;

— les injections risqueraient d'ensemencer à distance les tissus sains.

Il faut donc avoir recours à une anesthésie générale.

N'importe quel anesthésique général peut être utilisé. Mais nous donnons nettement la préférence au chlorure d'éthyle par inhalation.

— Il est amplement suffisant au point de vue durée, l'intervention ne dépassant jamais cinq minutes.

— Il présente par lui-même des avantages bien connus qui dans ce cas présent, prennent toute leur valeur : début de l'anesthésie beaucoup moins désagréable qu'avec l'éther et les produits similaires (Balso, Schleich). Réveil beaucoup plus rapide et beaucoup moins pénible sans nausées et sans vomissements le plus souvent.

— Il ne demande pas un appareillage compliqué, ce qui permet de l'employer avec des moyens de fortune : une simple compresse suffit à la rigueur. Nous préférons néanmoins nous servir d'un appareil conçu pour cet emploi, en particulier celui à stiligoutte, la

dose de chlorure d'éthyle nécessaire ne dépassant jamais 5 cm³.

L'instrumentation. — L'instrumentation sera réduite au minimum :

- 1 bistouri,
- 1 paire de ciseaux,
- 1 drain N° 20,
- 1 petite mèche et quelques compresses,
- 1 paire de gants stériles.

Le siège de l'incision. — Le siège de l'incision a, à notre avis, une importance capitale. Celle-ci devra être faite à deux ou trois centimètres au-dessous du point où le godet jaunâtre provoqué par la pression du doigt est maximum. Sauf bien entendu, le cas que l'on ne devrait plus jamais observer — où l'abcès est tout proche de la peau, prêt à se fistuliser.

Le siège de l'incision sera marqué sur la peau à l'encre ou au crayon dermagraphique, car une fois le sein recouvert de teinture d'iode, la recherche du signe du godet jaunâtre devient impossible.

Tous ces détails étant réglés, la malade étant endormie, on pratique l'incision.

L'incision. — Elle aura une direction radiée par rapport au mamelon pour éviter si possible de sectionner les canaux galactophores.

Le bistouri sera introduit, la lame perpendiculaire à la surface du sein, comme si on voulait simple-

ment ponctionner le sein, en visant en profondeur le centre présumé de l'abcès; donc suivant une direction oblique, en dedans et en haut, puisque, comme nous l'avons dit, on doit toujours inciser au-dessous de l'abcès.

Le bistouri ayant pénétré dans la poche purulente, le pus s'écoule hors de l'incision.

On agrandit alors l'incision de façon à pouvoir y introduire le petit doigt ganté, donc l'incision très courte, mais qui suffit pourtant amplement.

L'extrémité du petit doigt introduit dans l'abcès, on explore minutieusement et systématiquement toute la surface, à la façon d'un curetage ou mieux d'un curage utérin. On effondre un à un, non seulement les cloisonnements possibles de l'abcès, mais encore ses diverticules. Ceux-ci cèdent facilement à la pression du doigt, donnant une impression de crépitation neigeuse.

Il convient de ne s'arrêter que lorsque toute la surface de la poche ainsi curetée, donne partout une sensation de surface lisse et résistante.

Les premières fois que l'on agit ainsi, on est parfois effrayé de l'étendue des délabrements ainsi effectués et des dimensions de la cavité ainsi obtenue. Il n'y a nul lieu de s'en étonner et ceci montre bien que si l'on s'était contenté de ponctionner l'abcès ou de l'inciser même très largement, mais sans effectuer l'effondrement des cloisonnements et clapiers adjacents, l'intervention serait restée insuffisante, et aurait obligé à des réinterventions.

Si le siège de l'incision a été bien choisi, c'est-à-dire s'il assure un bon drainage nettement déclive, l'intervention est terminée.

Parfois malheureusement, il n'en est pas ainsi et l'on constate que la partie déclive de la poche ainsi mise à plat ne correspond pas au siège de l'incision. Il convient alors de faire une contre-incision à ce niveau; contre-incision faite de l'extérieur sur l'extrémité du petit doigt recourbé en crochet. Contre-incision assurant alors un drainage mathématiquement déclive et de dimension, elle aussi, minime, juste suffisante pour laisser passer un drain N° 20 (Observations V et XII).

Le drainage. — L'incision étant de dimension restreinte, il est indispensable d'empêcher qu'elle ne se referme trop vite, c'est-à-dire avant que l'abcès cesse de sécréter.

C'est pourquoi, il nous paraît nécessaire de mettre en place un drain assez volumineux; aussi volumineux que le permettent les dimensions de l'incision, en général, drain N° 20. Ce drain doit en effet remplir, les deux conditions suivantes :

1° large lumière pour permettre l'écoulement facile du pus souvent assez épais;

2° parois résistantes pour que cette lumière reste largement ouverte.

Notons de plus que pour être sûr que le drain restera bien en place, il est bon de tasser entre sa péri-

phérie et les bords de l'incision une petite mèche servant de coin.

On peut compléter par un lavage à la solution de Dakin.

Signalons que dans les cas de contre-incision on devra mettre 2 drains distincts et non pas un seul dont les deux extrémités sortiraient par les deux incisions. Sinon le pont de tissu sain situé entre les 2 incisions se trouve comprimé par la partie moyenne du tube qui, arqué, tend à se redresser. Comprimé et de ce fait, mal vascularisé, il pourrait se sphaceler.

Les soins post-opératoires. — Ce drain sera maintenu en place tant que les parois de l'abcès secrèteront, c'est-à-dire tant qu'on trouvera du pus en changeant le pansement.

Or, si l'abcès est incisé au bon moment, et si ses parois ont été suffisamment curetées, au bout de 3 à 4 jours, on constate la disparition de la sécrétion purulente.

Dès lors, il convient de retirer le drain et dans les cas où la technique ci-dessus a été soigneusement suivie, on est tout étonné de voir l'incision se refermer très rapidement et se cicatriser de même.

C'est ainsi que le laps de temps moyen écoulé entre la date de l'incision et celle du dernier pansement s'établit, pour les 16 observations consécutives recueillies à la maternité de Benouville, à 12 jours.

Nous ferons remarquer en terminant qu'au cours

de cet exposé, nous n'avons parlé d'aucune médication antipyogène adjuvante, ni d'ordre local, ni d'ordre général.

La raison en est que nous les avons progressivement abandonnées, les jugeant inutiles.

RESULTATS

Résultats chirurgicaux proprement dits.

On obtient par cette méthode :

— Un très bon drainage, toujours au point déclive, sans possibilité de rétention, comme en témoigne la température maxima après l'intervention, relevée dans les observations jointes.

— Une guérison rapide, en moyenne 12 jours, parfois même 9 jours (Observations VII, XII, XV).

— Une guérison complète et définitive : il est très rare qu'il faille réintervenir. Cela n'a été nécessaire dans aucun des 16 cas consécutifs que nous publions.

Résultats esthétiques.

Le résultat esthétique de la cicatrisation dépend, à notre avis, de trois facteurs :

- 1° de la petitesse de l'incision;
- 2° de son absence d'ombilication;
- 3° de l'absence de modification de teinte des téguments avoisinants.

Grâce à cette technique, l'incision est de dimension restreinte : 3 cm. en moyenne, et son étendue diminuera encore lors de l'involution de la grande sur elle-même dans les jours qui suivront, pour ne pas dépasser en définitive, 1 cm 5 à 2 cm.

Le premier facteur nécessaire au bon résultat esthétique est donc respecté.

Les deux autres facteurs, absence d'invagination de la cicatrice et absence de modification de la teinte des téguments dépendent essentiellement de la durée de la suppuration.

Or, nous avons vu qu'en moyenne :

— le drain pouvait être retiré au bout de 4 ou 5 jours;

— la cicatrice complète était chose faite le 12^e jour.

C'est à notre avis à ce fait que nous devons d'avoir obtenu des résultats esthétiques forts satisfaisants. Nous regrettons vivement de ne pouvoir, du fait des circonstances actuelles, en donner un test photographique.

OBSERVATIONS

Voici le résumé des 16 observations consécutives d'abcès du sein, traités par le même procédé, à la maison maternelle de Bénouville (Calvados) pendant les 7 premiers mois de 1939.

La 1^{re} date est la date de l'accouchement.

La 2^e celle de l'ouverture de l'abcès.

La 3^e celle du dernier pansement.

La température indiquée est la température maxima observée après l'incision, déduction faite, des 24 premières heures.

Obs. I. — J. C..., 22 ans, 1^{re} pare.

Accouchement : 21 janvier. Abcès du sein droit : 6 février-18 février, soit 12 jours.

Température 38°2.

Obs. II. — B. L..., 31 ans, 1^{re} pare.

Accouchement : 27 janvier.

Cette malade a fait un abcès bilatéral.

Sein droit : 16 février-2 mars, soit 14 jours.

Sein gauche : 20 février-4 mars, soit 12 jours.

Température 38°2.

OBS. III. — V. L..., 17 ans. 1^{re} pare.

Accouchement. 2 février. Abscessus sein gauche. 21 février,
6 mars, soit 13 jours.

Température : 37°8.

OBS. IV. — H. L..., 24 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 7 février. Abscessus sein gauche : 2 mars -
13 mars, soit 11 jours.

Température : 38°4.

OBS. V. — L. B..., 27 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 2 avril. Abscessus du sein droit : 30 avril -
11 mai, soit 11 jours.

Température 37°8.

Cet abscessus a nécessité une contre-incision. Nous voyons
que la guérison n'en a été aucunement retardée.

OBS. VI. — J. C..., 22 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 18 avril. Abscessus du sein droit : 8 mai -
15 mai, soit 12 jours.

Température 38°2.

OBS. VII. — L. W..., 25 ans. 2^e pare.

Accouchement : 21 avril. Abscessus du sein gauche : 12 mai -
21 mai, soit 9 jours.

Température 38°5.

Cette malade est particulièrement intéressante, car lors
de sa première grossesse, elle a fait un abscessus du sein droit.
Cet abscessus dura 4 mois, nécessita 3 interventions et a laissé
2 cicatrices très importantes.

OBS. VIII. — J. B..., 28 ans. 1^{re} pare (2^e grossesse).

Accouchement : 2 mai. Abscès du sein gauche : 3 juin-24 juin, soit 21 jours.

Température 38°7.

OBS. IX. — M. A..., 24 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 4 mai. Abscès du sein droit : 20 mai-3 juin, soit 14 jours.

Température 37°5.

OBS. X. — J. P..., 26 ans. 2^e pare.

Accouchement : 10 mai. Abscès du sein gauche : 29 mai-12 juin, soit 14 jours.

Température 38°5.

OBS. XI. — P. D..., 27 ans. 4^e pare.

Accouchement : 17 mai. Abscès du sein gauche : 3 juin-15 juin, soit 12 jours.

Température 37°3.

OBS. XII. — L. T..., 34 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 2 juin. Abscès du sein gauche : 24 juin-3 juillet, soit 9 jours.

Température 38°2.

Cet abscessus a nécessité une contre-incision.

OBS. XIII. — J. B..., 29 ans. 2^e pare.

Accouchement : 13 juin. Abscès du sein droit : 2 juillet-12 juillet, soit 10 jours.

Température 38°.

OBS. XIV. — J. C..., 21 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 15 juin. Abscès du sein gauche : 4 juillet-17 juillet, soit 13 jours.

Température 38°4.

OBS. XV. — P. H..., 18 ans. 1^{re} pare.

Accouchement : 18 juin. Abscès du sein droit : 12 juillet-21 juillet, soit 9 jours.

Température 37°9.

OBS. XVI. — J. A..., 24 ans. 2^e pare.

Accouchement : 12 juillet. Abscès du sein gauche : 3 août-15 août, soit 12 jours.

Température 38°1.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès du sein constituent une complication fréquente de l'allaitement; c'est une complication très ennuyeuse, bien que ne mettant pas en danger la vie de la malade.

II. — Nombre des traitements préconisés pèchent par excès, dans un sens ou dans l'autre : ou ils sont insuffisants et obligent à des réinterventions, ou ils laissent des cicatrices inutilement étendues et par trop disgracieuses.

III. — Dans un traitement chirurgical rationnel, il faut porter toute son attention sur :

La date de l'incision : nous nous basons sur l'apparition d'un œdème localisé qu'on peut déprimer en godet à fond blanc jaunâtre.

Le siège de l'incision : un peu en dessous du centre présumé de l'abcès.

La dimension de l'incision : la plus réduite possible, mais permettant cependant l'exploration au doigt.

Le « curettage » de la cavité : aussi minutieux qu'on le peut.

IV. — La technique que nous préconisons nous

paraît présenter des avantages au triple point de vue :

— Simplicité de technique et d'instrumentation — elle est donc à la portée de tout praticien.

— Rapidité de guérison définitive — douze jours en moyenne dans nos observations.

— Qualité de la cicatrice — petite, non invaginée peu apparente.

Vu : Le Président de Thèse,

COUVELAIRE.

Vu : Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- RIBEMONT DESSAIGNES. — Traité d'obstétrique, 8^e édition, 1914.
- LE DENTU et DELBET. — Tome XXIII, 1913.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement, 3^e édition, 1920.
- BALARD. — *Revue Gyn. et Obst.*, 1923, N^o 11 (vaccinothérapie).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique Chirurgicale, 1926.
- PRÉCIS DES 14 ABRÉGÉS. — Tome III, 5^e édition, 1928.
- ADLER. — *Le Monde Médical*, N^o 911, 1939.

Nous nous excusons de la brièveté de cette bibliographie — les circonstances actuelles nous ont empêché de la compléter comme nous l'aurions voulu.

